

# 鶯園入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

\*裏面もありますのでご確認ください

施設に入所したいので、関係書類を添付して  
申し込みます。

★添付書類:介護保険証の写し

連絡先	〒	-	電話番号
	氏名		
	住所		

ふりがな			性別	生 年 月 日			
利用者氏名			男・女	明治・大正・昭和	年	月	日生( 歳)
現住所	郵便番号	〒	電話番号	( )		-	
要介護認定	被保険者番号			認定期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
保険者名	(電話番号)						

要介護1, 2の方にお伺いします。(口内の該当項目にチェック)

- 認知症で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- 家族などによる深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難。
- 単身者や同居家族が高齢または病弱などの理由により、家族の支援が期待できず、地域での介護サービスや生活支援供給も不十分。
- 上記のいずれにも該当致しません。

担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称	担当者
	電話 ( ) -	

利用者本人 の状況 (該当する番号1つに○ 口内は該当項目にチェック)	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(口従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更正施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他( )
	2. 病院 (病名: 入院: 年 月から)
	3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 ( 最近3ヶ月の利用日数合計 日 )

入所・入院先	(施設名・病院名)	(電話番号)
	(所在地)	(担当者)

身体状況	移動	<input type="checkbox"/> ご自分の足で歩ける <input type="checkbox"/> 杖、歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子自操 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 寝台車使用 その他（			
	食事	<input type="checkbox"/> ご自分で食べれる <input type="checkbox"/> 少しの介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助が必要 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻 ・ 胃 ） その他（			
	排泄	<input type="checkbox"/> ご自分でトイレ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 一部おしめ使用 <input type="checkbox"/> 全部おしめ使用 その他（			
	入浴	<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助が必要 その他（			
	認知症	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 時間がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 失語 その他（			
介護者の状況 (該当する番号 1つに○ □ 内は該当項目 にチェック)	1 身寄りがなく、介護する者がいない				
	2 介護する者がいない（ <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住）				
	3 介護する者はいるが、十分な介護力がない。(介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)				
	4 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)				
	5 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である				
	6 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)				
その他	(ご本人や介護者の状況で特に困っている点などをご記入ください)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望する <input type="checkbox"/> 年   月頃				
他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み				
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む) 既に申し込んでいるほかの施設名(   )(   )(   )				
主たる介護者 (身元引受人) の状況	ふりがな		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	歳	
	住所				
	電話 ①		要介護認定の有無	有・無	
	携帯 ②		要介護状態区分		
<b>【説明確認及び同意書】</b> ・ 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。 ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。 ・ 入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。 ・ 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 ・ 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。 ・ 入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確					
令和   年   月   日	氏名				(続柄)
施設記入	担当者	受付年月日	令和	年	月   日

★添付書類:介護保険証の写し